

Richiesta di ricovero elettivo in Ospedale

Reparto/Servizio: Categoria medica:

Ricovero da prevedere:

Urgente entro 2-3 gg entro 7 gg oltre 7 gg; data ricovero prevista:

Medico inviante: Medico curante:

Dati paziente:

Cognome: Nome:

Data di nascita: Indirizzo:

Telefono privato: Tel. persona/struttura di riferimento:

Classe assicurativa: Privata Semi privata Comune

Diagnosi / anamnesi remota:

Motivo del ricovero:

Ultimo ricovero: **Esami precedenti:**

Esami da prevedere: Labor ECG RX torace Altro

Seguono per fax/posta/mail

Referti/lettere Terapie attuali

Dopo la degenza è da prevedere:

rientro a domicilio in autonomia rientro a domicilio con aiuti: già esistenti da attivare

soggiorno in reparto di Cure Acute Transitorie (CAT):

trasferimento in altra clinica per trattamenti di:

annuncio/iscrizione casa anziani: da fare eseguito

Richiesta inoltrata il: Firma:

La richiesta è da trasmettere a Servizio ammissione e dimissione pazienti

Tel. +41 (0)91 811 36 55 Segr. +41 (0)91 811 32 32

Fax +41 (0)91 811 30 63

ammissionedimissione.mendrisio@eoc.ch